

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

032890697-29

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

- 1 - Inclusão
- 2 - Alteração

1.08 - Forma de coleta de dados

- 1 - Posto de atendimento/CRAS
- 2 - Em domicílio

1.09 - Formulários preenchidos

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Principal | <input type="checkbox"/> 2 - Avulso 2   | <input type="checkbox"/> 4 - Pessoa em situação de<br>rua (FS2) |
| <input type="checkbox"/> 1 - Avulso 1             | <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Vinculação a<br>programas e serviços<br>(FS1) | <input type="checkbox"/> 5 - Representante legal<br>(FS3)       |

1.10 - Data da  
entrevista

15/12/2025

## Endereço da família

1.11 - Localidade (bairro, povoado, vila, etc.)

OLHO DAGUA

1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé etc.)

RUA

1.13 - Título (general, santa, pintor etc.)

1.14 - Nome

3

1.15 - Número

0000000000000188

1.16 - Complemento do número  
(s/n, km, A, FUNASA, SUCAM  
etc.)

1.17 - Complemento adicional  
(apartamento, casa, sobrado,  
fundos, bloco, lote, quadra, etc.)

1.18 - CEP

61.908-150

**LOT 5 B**

**1.19 - Unidade territorial local**

**1.20 - Referência para localização**

**ESTRADA DA TANGUEIRA**

**Entrevistador**

**1.21 - Nome**

**LUCIELDA ARAUJO TAVARES**

**1.22 - CPF**

**1868342336**

**1.23 - Observações**

**EXCLUSAO DE MARCELO E LUANA APRESENTOU COMPROVANTE DE  
ENDERECO RECEBE BPC PCD**

**Características do domicílio**

**2.01 - O local onde está situado o seu domicílio tem, na maioria, características:**

- 1 - Urbanas       2 - Rurais

**2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?**

- 1 - Particular Permanente
- 2 - Particular improvisado
- 3 - Coletivo

**2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?**

**2.04 - Quantos cômodos estão servindo, permanentemente, de dormitório para os moradores do seu domicílio?**

**3**

2.05 - Qual é o material predominante no piso do seu domicílio?

**Cerâmica, lajota ou pedra**

2.07 - O seu domicílio tem água canalizada para, pelo menos, um cômodo?

1 - Sim       2 - Não

2.09 - No seu domicílio ou na propriedade existe banheiro ou sanitário?

1 - Sim       2 - Não

2.11 - O lixo do seu domicílio:

**É coletado diretamente**

2.13 - Existe calçamento/pavimentação no trecho do logradouro (rua, avenida, etc.), em frente ao seu domicílio?

1 - Total       2 - Parcial  
 3 - Não Existe

**1**

2.06 - Qual é o material predominante na construção das paredes externas do seu domicílio?

**Alvenaria/tijolo com revestimento**

2.08 - Qual é a forma de abastecimento de água utilizada no seu domicílio?

**Rede geral de distribuição**

2.10 - De que forma é feito o escoamento do banheiro ou sanitário?

**Rede coletora de esgoto ou pluvial**

2.12 - Qual é a forma de iluminação utilizada no seu domicílio?

**Elétrica com medidor próprio**

## Família

3.01 - A família é indígena?

1 - Sim  
 2 - Não

3.03 - A família reside em terra ou reserva indígena?

1 - Sim  
 2 - Não

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

2 - Não sabe

3.04 - Qual é o nome da terra ou reserva indígena?

**3.05 - A família é quilombola?**

- 1 - Sim  
 2 - Não

**3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?**

2 - Não consta no município

**3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?**

**1**

(Não preencher para famílias em situação de rua e famílias em domicílio coletivo)

**3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?**

**1**

(Não preencher para famílias em situação de rua e famílias em domicílio coletivo)

**3.09 - Há alguma pessoa dessa família internada, abrigada ou privada de liberdade há 12 meses ou mais?**

**Faixa etária**

**Quantidade**

1	Criança(s) e adolescente(s) (de 0 a 17 anos)	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Idoso(s) (de 60 anos ou mais)	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem

**3.10 - A família, normalmente, tem despesa mensal com:**

**Tipo de despesa**

**Valor**

1	Energia elétrica	R\$ 81	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
2	Água e esgoto	R\$ 80	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
3	Gás, carvão e lenha	R\$ 120	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem

Tipo de despesa		Valor	
4	Alimentação, higiene e limpeza	R\$ 800	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem
5	Transporte		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
6	Aluguel		<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem
7	Medicamentos de uso regular	R\$ 90	<input type="checkbox"/> 0 - Não tem

3.11 - Nome e código do Estabelecimento de Assistência à Saúde - EAS/MS em que os integrantes da família são atendidos quando necessitam:

**2372258 - USF LUIZA TARGINO DA SILVA**

3.12 - Nome e código do Centro da Assistência Social (CRAS/CREAS) em que os integrantes da família são atendidos quando necessitam:

**23076501578 - CRAS JEREISSATI**

3.13 - Família identificada em situação de risco social associado à violação de direitos

1 - Sim       2 - Não

3.14 - Família em risco para insegurança alimentar

1 - Sim       2 - Não

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

**1**

4.02 - Nome completo

**MARIA HOSANA DE LIMA OLIVEIRA**

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

**12968908083**

4.04 - Apelido/Nome social

**4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**20/08/1950**

**4.07 - Relação de parentesco de MARIA com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF**

**Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF**

**4.08 - Cor ou raça**

**Parda**

**4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)**

**FRANCISCA BATISTA DE LIMA**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**IVORCIO FERREIRA LIMA**

2 - Não sabe

**4.11- Onde MARIA nasceu?**

- 1 - Neste município  2 - Em outro município  3 - Em outro país

**4.12 - Em que estado MARIA nasceu?**

**CEARA**

2 - Não sabe

**4.13 - Em que município MARIA nasceu?**

**QUIXERAMOBIM**

2 - Não sabe

**4.14 - Em que país estrangeiro MARIA nasceu?**

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de MARIA foi registrado em cartório de registro civil?**

- 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento  
 3 - Não sabe

**4.16- Deseja informar o gênero de MARIA ?**

1 - Sim       2 - Não

**4.17-MARIA é pessoa trans ou travesti ?**

Sim, a pessoa é trans       Sim, a pessoa é travesti       Não

**4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de MARIA?**

Feminina       Masculina       Não binário(a)

## Documentos

**5.01 - Tipo e dados da certidão**

**a) Tipo**

1 - Nascimento       2 - Casamento  
 3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

**b) Dados**

**1 - Nome do cartório**

**2 - Data do registro**

**3 - Número do livro**

**4 - Número da folha**

**5 - Número do termo/RANI**

**6 - Matrícula**

**7 - Estado de registro**

**8 - Município de registro**

**5.02 - Número de inscrição do CPF**

**3396419324**

### 5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

2006002037092

2 - Complemento

3 - Data da emissão

12/12/2022

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

### 5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

2 - Série

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

### 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

23845780736

2 - Zona

117

3 - Seção

125

## Pessoa com deficiência

6.01 - MARIA tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)

1 - Sim

2 - Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que MARIA tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

1 - Cegueira

2 - Baixa visão

3 - Surdez severa/profunda

4 - Surdez leve/moderada

5 - Deficiência física

6 - Deficiência mental ou intelectual

7 - Síndrome de Down

8 - Transtorno/doença mental

**6.03 - Em função dessa deficiência MARIA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                            | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho                               |
| <input type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família      | <input type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                           |

## Escolaridade

**7.01 - MARIA sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim       2 - Não

**7.02 - MARIA frequenta escola ou creche?**

**Nunca frequentou**

**7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que MARIA frequenta?**

**7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?**

- 1 - Sim       2 - Não

**7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?**

**1 - Estado**

**2 - Município**

**7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche**

- 2 - Não tem

**7.07 - Qual é o curso que MARIA frequenta**

**7.08 - Qual é o ano/série que MARIA frequenta?**

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

**7.09 - Qual foi o curso mais elevado que MARIA frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?**

**7.10 - Qual foi o último ano/série que MARIA concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?**

**7.11 - MARIA concluiu esse curso que frequentou?**

- 1 - Sim       2 - Não

## Trabalho e remuneração

**8.01 - Na semana passada MARIA trabalhou?**

- 1 - Sim       2 - Não

**8.02 - Na semana passada MARIA estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?**

- 1 - Sim       2 - Não

**8.03 - Esse trabalho principal que MARIA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?**

- 1 - Sim       2 - Não

**8.04 - Nesse trabalho principal MARIA era:**

**8.05 - No mês passado MARIA recebeu remuneração de trabalho?**

(Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

0 - Não recebeu

**8.06 - MARIA teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?**

- 1 - Sim     2 - Não

**8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?**

**8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por MARIA nesse período?**

**8.09 - Quanto MARIA recebe, normalmente, por mês de:**

	<b>Fontes de renda</b>	<b>Valor</b>	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	R\$ 1.518	<input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Identificação da pessoa

**4.01 - Número de ordem**

**4.02 - Nome completo**

**4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**13426385197**

**4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**10/09/1985**

**4.07 - Relação de parentesco de ANA com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF**

**Filho(a)**

**4.08 - Cor ou raça**

**Parda**

**4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)**

**MARIA HOSANA DE LIMA OLIVEIRA**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**JOSE ALBERTO DE OLIVEIRA**

2 - Não sabe

**4.11- Onde ANA nasceu?**

- 1 - Neste município       2 - Em outro município       3 - Em outro país

**4.12 - Em que estado ANA nasceu?**

**CEARA**

2 - Não sabe

**4.13 - Em que município ANA nasceu?**

**FORTALEZA**

2 - Não sabe

**4.14 - Em que país estrangeiro ANA nasceu?**

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de ANA foi registrado em cartório de registro civil?**

- 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento  
 4 - Não sabe       3 - Não

**4.16- Deseja informar o gênero de ANA ?**

1 - Sim 2 - Não**4.17-ANA é pessoa trans ou travesti ?** Sim, a pessoa é trans Sim, a pessoa é travesti Não**4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de ANA?** Feminina Masculina Não binário(a)**Documentos****5.01 - Tipo e dados da certidão****a) Tipo** 1 - Nascimento       2 - Casamento 3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)**b) Dados****1 - Nome do cartório****2 - Data do registro****3 - Número do livro****4 - Número da folha****5 - Número do termo/RANI****6 - Matrícula****7 - Estado de registro****8 - Município de registro****5.02 - Número de inscrição do CPF****1033846341**

### 5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

000000020030102378

2 - Complemento

3 - Data da emissão

18/06/2003

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

### 5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

5248871

2 - Série

1

3 - Data da emissão

24/06/2003

4 - Estado emissor

CEARA

### 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

56607370779

2 - Zona

83

3 - Seção

509

## Pessoa com deficiência

6.01 - ANA tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)

1 - Sim

2 - Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que ANA tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

1 - Cegueira

2 - Baixa visão

3 - Surdez severa/profunda

4 - Surdez leve/moderada

5 - Deficiência física

6 - Deficiência mental ou intelectual

7 - Síndrome de Down

8 - Transtorno/doença mental

**6.03 - Em função dessa deficiência ANA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                            | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho                               |
| <input type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família      | <input type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                           |

## Escolaridade

**7.01 - ANA sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim       2 - Não

**7.02 - ANA frequenta escola ou creche?**

**Não, já frequentou**

**7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que ANA frequenta?**

**7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?**

- 1 - Sim       2 - Não

**7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?**

**1 - Estado**

**2 - Município**

**7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche**

- 2 - Não tem

**7.07 - Qual é o curso que ANA frequenta**

**7.08 - Qual é o ano/série que ANA frequenta?**

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que ANA frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?

**Ensino Fundamental 5<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> séries, Médio 1º ciclo (Ginasial)**

7.10 - Qual foi o último ano/série que ANA concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

**Quinto(a)**

7.11 - ANA concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim       2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada ANA trabalhou?

- 1 - Sim       2 - Não

8.02 - Na semana passada ANA estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

- 1 - Sim       2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que ANA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

- 1 - Sim       2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal ANA era:

8.05 - No mês passado ANA recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

0 - Não recebeu

**8.06 - ANA teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?**

1 - Sim

2 - Não

**8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?**

**8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por ANA nesse período?**

**8.09 - Quanto ANA recebe, normalmente, por mês de:**

**Fontes de renda**

**Valor**

1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

**Identificação da pessoa**

**4.01 - Número de ordem**

4

**4.02 - Nome completo**

**FRANCISCO CARLOS DE LIMA OLIVEIRA**

**4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**13047074193**

**4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**27/04/1984**

**4.07 - Relação de parentesco de FRANCISCO com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF**

**Filho(a)**

**4.08 - Cor ou raça**

**Parda**

**4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)**

**MARIA HOSANA DE LIMA OLIVEIRA**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**JOSE ALBERTO DE OLIVEIRA**

2 - Não sabe

**4.11- Onde FRANCISCO nasceu?**

- 1 - Neste município     2 - Em outro município     3 - Em outro país

**4.12 - Em que estado FRANCISCO nasceu?**

**CEARA**

2 - Não sabe

**4.13 - Em que município FRANCISCO nasceu?**

**FORTALEZA**

2 - Não sabe

**4.14 - Em que país estrangeiro FRANCISCO nasceu?**

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de FRANCISCO foi registrado em cartório de registro civil?**

- 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento  
 3 - Não  
 4 - Não sabe

**4.16- Deseja informar o gênero de FRANCISCO ?**

1 - Sim 2 - Não**4.17-FRANCISCO é pessoa trans ou travesti ?** Sim, a pessoa é trans Sim, a pessoa é travesti Não**4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de FRANCISCO?** Feminina Masculina Não binário(a)**Documentos****5.01 - Tipo e dados da certidão****a) Tipo** 1 - Nascimento       2 - Casamento 3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)**b) Dados****1 - Nome do cartório**

ALENCAR ARARIPE

**2 - Data do registro**

30/07/1984

**3 - Número do livro**

A059

**4 - Número da folha**

7V

**5 - Número do termo/RANI**

00066292

**6 - Matrícula****7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro****5.02 - Número de inscrição do CPF**

3371024300

### 5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

000000000200101020

2 - Complemento

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

### 5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

1906604

2 - Série

10

3 - Data da emissão

24/05/2001

4 - Estado emissor

CEARA

### 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

2 - Zona

3 - Seção

## Pessoa com deficiência

6.01 - FRANCISCO tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)

1 - Sim

2 - Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que FRANCISCO tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

1 - Cegueira

2 - Baixa visão

3 - Surdez severa/profunda

4 - Surdez leve/moderada

5 - Deficiência física

6 - Deficiência mental ou intelectual

7 - Síndrome de Down

8 - Transtorno/doença mental

**6.03 - Em função dessa deficiência FRANCISCO recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- 1 - Não
- 2 - Sim, de alguém da família
- 3 - Sim, de cuidador especializado

- 4 - Sim, de vizinho
- 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial
- 6 - Sim, de outra forma

## Escolaridade

**7.01 - FRANCISCO sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim
- 2 - Não

**7.02 - FRANCISCO frequenta escola ou creche?**

**Não, já frequentou**

**7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que FRANCISCO frequenta?**

**7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?**

- 1 - Sim
- 2 - Não

**7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?**

**1 - Estado**

**2 - Município**

**7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche**

- 2 - Não tem

**7.07 - Qual é o curso que FRANCISCO frequenta**

**7.08 - Qual é o ano/série que FRANCISCO frequenta?**

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que FRANCISCO frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?

**Ensino Fundamental 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> séries, Elementar (Primário)**

7.10 - Qual foi o último ano/série que FRANCISCO concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

**Quarto(a)**

7.11 - FRANCISCO concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim     2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada FRANCISCO trabalhou?

- 1 - Sim     2 - Não

8.02 - Na semana passada FRANCISCO estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

- 1 - Sim     2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que FRANCISCO exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

- 1 - Sim     2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal FRANCISCO era:

8.05 - No mês passado FRANCISCO recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

0 - Não recebeu

**8.06 - FRANCISCO teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?**

1 - Sim       2 - Não

**8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?**

**8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por FRANCISCO nesse período?**

**8.09 - Quanto FRANCISCO recebe, normalmente, por mês de:**

	<b>Fontes de renda</b>	<b>Valor</b>	
1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

## Identificação da pessoa

**4.01 - Número de ordem**

**4.02 - Nome completo**

**MARCELO IAN OLIVEIRA FALCAO**

**4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**22814359079**

**4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**19/03/2005**

**4.07 - Relação de parentesco de MARCELO com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF**

**Neto(a) ou bisneto(a)**

**4.08 - Cor ou raça**

**Parda**

**4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)**

**FRANCISCA DE LIMA OLIVEIRA**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**MARCILIO BRITO FALCAO**

2 - Não sabe

**4.11- Onde MARCELO nasceu?**

- 1 - Neste município     2 - Em outro município     3 - Em outro país

**4.12 - Em que estado MARCELO nasceu?**

**CEARA**

2 - Não sabe

**4.13 - Em que município MARCELO nasceu?**

**FORTALEZA**

2 - Não sabe

**4.14 - Em que país estrangeiro MARCELO nasceu?**

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de MARCELO foi registrado em cartório de registro civil?**

- 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento  
 4 - Não sabe     3 - Não

**4.16- Deseja informar o gênero de MARCELO ?**

1 - Sim 2 - Não**4.17-MARCELO é pessoa trans ou travesti ?** Sim, a pessoa é trans Sim, a pessoa é travesti Não**4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de MARCELO?** Feminina Masculina Não binário(a)**Documentos****5.01 - Tipo e dados da certidão****a) Tipo** 1 - Nascimento       2 - Casamento 3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)**b) Dados****1 - Nome do cartório**

CYSNE

**2 - Data do registro**

07/06/2005

**3 - Número do livro**

269

**4 - Número da folha**

9

**5 - Número do termo/RANI**

00248719

**6 - Matrícula****7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

FORTALEZA

**5.02 - Número de inscrição do CPF**

62875692399

### 5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

2 - Complemento

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

5 - Sigla do órgão emissor

### 5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

2 - Série

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

### 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

2 - Zona

3 - Seção

## Pessoa com deficiência

6.01 - MARCELO tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)

1 - Sim

2 - Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que MARCELO tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

1 - Cegueira

2 - Baixa visão

3 - Surdez severa/profunda

4 - Surdez leve/moderada

5 - Deficiência física

6 - Deficiência mental ou intelectual

7 - Síndrome de Down

8 - Transtorno/doença mental

**6.03 - Em função dessa deficiência MARCELO recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- 1 - Não
- 2 - Sim, de alguém da família
- 3 - Sim, de cuidador especializado

- 4 - Sim, de vizinho
- 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial
- 6 - Sim, de outra forma

## Escolaridade

**7.01 - MARCELO sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim
- 2 - Não

**7.02 - MARCELO frequenta escola ou creche?**

**Não, já frequentou**

**7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que MARCELO frequenta?**

**7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?**

- 1 - Sim
- 2 - Não

**7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?**

**1 - Estado**

**2 - Município**

**7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche**

- 2 - Não tem

**7.07 - Qual é o curso que MARCELO frequenta**

**7.08 - Qual é o ano/série que MARCELO frequenta?**

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que MARCELO frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?

**Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássico)**

7.10 - Qual foi o último ano/série que MARCELO concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

**Terceiro(a)**

7.11 - MARCELO concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim     2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada MARCELO trabalhou?

- 1 - Sim     2 - Não

8.02 - Na semana passada MARCELO estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

- 1 - Sim     2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que MARCELO exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

- 1 - Sim     2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal MARCELO era:

**Empregado com carteira de trabalho assinada**

8.05 - No mês passado MARCELO recebeu remuneração de trabalho? (Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

0 - Não recebeu

**R\$ 2.186**

**8.06 - MARCELO teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?**

- 1 - Sim  2 - Não

**8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?**

**12**

**8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por MARCELO nesse período?**

**R\$ 20.766**

**8.09 - Quanto MARCELO recebe, normalmente, por mês de:**

**Fontes de renda**

**Valor**

1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

**Identificação da pessoa**

**4.01 - Número de ordem**

**6**

**4.02 - Nome completo**

**LUANA CAROLINA OLIVEIRA FALCAO**

**4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)**

**4.04 - Apelido/Nome social**

**22814327533**

**4.05 - Sexo**

- 1 - Masculino  
 2 - Feminino

**4.06 - Data de nascimento**

**21/06/2003**

**4.07 - Relação de parentesco de LUANA com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF**

**Neto(a) ou bisneto(a)**

**4.08 - Cor ou raça**

**Parda**

**4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)**

**FRANCISCA DE LIMA OLIVEIRA**

2 - Não sabe

**4.10 - Filiação 2**

**MARCILIO BRITO FALCAO**

2 - Não sabe

**4.11- Onde LUANA nasceu?**

- 1 - Neste município       2 - Em outro município       3 - Em outro país

**4.12 - Em que estado LUANA nasceu?**

**CEARA**

2 - Não sabe

**4.13 - Em que município LUANA nasceu?**

**FORTALEZA**

2 - Não sabe

**4.14 - Em que país estrangeiro LUANA nasceu?**

2 - Não sabe

**4.15- O nascimento de LUANA foi registrado em cartório de registro civil?**

- 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento  
 4 - Não sabe       3 - Não

**4.16- Deseja informar o gênero de LUANA ?**

1 - Sim 2 - Não**4.17-LUANA é pessoa trans ou travesti ?** Sim, a pessoa é trans Sim, a pessoa é travesti Não**4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de LUANA?** Feminina Masculina Não binário(a)**Documentos****5.01 - Tipo e dados da certidão****a) Tipo** 1 - Nascimento       2 - Casamento 3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)**b) Dados****1 - Nome do cartório**

CYSNE

**2 - Data do registro**

17/07/2003

**3 - Número do livro**

243

**4 - Número da folha**

165

**5 - Número do termo/RANI**

00241075

**6 - Matrícula****7 - Estado de registro**

CEARA

**8 - Município de registro**

FORTALEZA

**5.02 - Número de inscrição do CPF**

62875695304

### 5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

000000000201727041

2 - Complemento

3 - Data da emissão

14/12/2017

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

### 5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

2 - Série

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

### 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

2 - Zona

3 - Seção

### Pessoa com deficiência

6.01 - LUANA tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)

1 - Sim

2 - Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que LUANA tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

1 - Cegueira

2 - Baixa visão

3 - Surdez severa/profunda

4 - Surdez leve/moderada

5 - Deficiência física

6 - Deficiência mental ou intelectual

7 - Síndrome de Down

8 - Transtorno/doença mental

**6.03 - Em função dessa deficiência LUANA recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                            | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho                               |
| <input type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família      | <input type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                           |

## Escolaridade

**7.01 - LUANA sabe ler e escrever?**

- 1 - Sim       2 - Não

**7.02 - LUANA frequenta escola ou creche?**

**Não, já frequentou**

**7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que LUANA frequenta?**

**7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?**

- 1 - Sim       2 - Não

**7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?**

**1 - Estado**

**2 - Município**

**7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche**

- 2 - Não tem

**7.07 - Qual é o curso que LUANA frequenta**

**7.08 - Qual é o ano/série que LUANA frequenta?**

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que LUANA frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?

**Ensino Médio, 2º grau, Médio 2º ciclo (Científico, Clássic**

7.10 - Qual foi o último ano/série que LUANA concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

**Terceiro(a)**

7.11 - LUANA concluiu esse curso que frequentou?

- 1 - Sim     2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada LUANA trabalhou?

- 1 - Sim     2 - Não

8.02 - Na semana passada LUANA estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

- 1 - Sim     2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que LUANA exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

- 1 - Sim     2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal LUANA era:

**Empregado com carteira de trabalho assinada**

8.05 - No mês passado LUANA recebeu remuneração de trabalho?  
(Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente  
recebida em todos os trabalhos)

0 - Não recebeu

**R\$ 2.062**

**8.06 - LUANA teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?**

- 1 - Sim     2 - Não

**8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?**

**12**

**8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por LUANA nesse período?**

**R\$ 20.302**

**8.09 - Quanto LUANA recebe, normalmente, por mês de:**

**Fontes de renda**

**Valor**

1	Ajuda/doação regular de não morador	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
2	Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
3	Seguro-desemprego	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
4	Pensão alimentícia	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu
5	Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu

**Responsável pela família**

**9.01 - Contato(s)**

**a) Telefone primário**

**Tipo**

**DDD**

**Número**

**Autoriza recebimento de mensagem**

**Recado**

**85**

**984352903**

- 1 - Sim  
 2 - Não

b) Telefone secundário

<b>Tipo</b>	<b>DDD</b>	<b>Número</b>	<b>Autoriza recebimento de mensagem</b>
<b>Não tem</b>			<input type="radio"/> 1 - Sim <input checked="" type="radio"/> 2 - Não

c) Email

<b>Tipo</b>	<b>Email</b>	<b>Autoriza recebimento de E-mail</b>
<b>Não tem</b>		<input type="radio"/> 1 - Sim <input type="radio"/> 2 - Não

9.02 - Documentos

<b>Nome</b>	<b>Tipo</b>	<b>Tamanho</b>
MARIA HOSANA DE LIMA OLIVEIRA CPF 03396419324 RG	.pdf	249 KB
MARIA HOSANA DE LIMA OLIVEIRA CPF 03396419324 TERMO	.pdf	257 KB

Marcação livre para o município

10.01 - Há trabalho infantil na família?

- 1 - Sim  
 2 - Não

10.02 - Identifique a(s) criança(s) envolvida(s) em trabalho infantil

Vinculação a programas e serviços

1.01 - Código familiar

1.02 - UF

1.03 - Município

**032890697-29**

**CE**

**MARACANAU**

**1.04 - Distrito**

**1.05 - Subdistrito**

**1.06 - Setor censitário**

**1.07 - Modalidade da operação**

- 1 - Inclusão
- 2 - Alteração

**1.08 - Forma de coleta de dados**

- 1 - Posto de atendimento/CRAS
- 2 - Em domicílio

**1.10 - Data da entrevista**

**15/12/2025**

## Entrevistador

**1.11 - Nome**

**LUCIELDA ARAUJO TAVARES**

**1.12 - CPF**

**1868342336**

**1.13 - Observações**

**EXCLUSAO DE MARCELO E LUANA APRESENTOU COMPROVANTE DE ENDERECO RECEBE BPC PCD**

## Vinculação a programas e serviços

**2.01 - Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SESAN.**

Este quesito admite múltipla marcação.

- 1 - Vende leite para o programa do leite - Leite Fome Zero
- 2 - Recebe leite do programa do leite - Leite Fome Zero
- 3 - Vende alimentos para o PAA - Compra Direta
- 4 - Recebe alimentos do PAA - Compra Direta
- 5 - Recebe cesta básica
- 6 - Faz refeição em restaurante popular
- 8 - Participou de curso em alimentação e nutrição
- 9 - Recebeu infraestrutura de captação de água da chuva para produzir alimentos
- 10 - Recebeu cisterna para armazenamento de água da chuva
- 11 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares)

- 7 - Faz refeição em cozinha comunitária
- 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS)
- 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS
- 14 - Nenhum

**2.02 - Algum integrante da família foi resgatado do trabalho análogo ao de escravo por órgão do governo (Ministério do Trabalho, Polícia Federal, etc.)?**

- 1 - Sim       2 - Não

**2.03 -Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa do Ministério de Minas e Energia.**

- 1 - Recebeu sua conta de energia elétrica faturada como Tarifa Social
- 2 - Recebeu de sua distribuidora de energia elétrica doação de lâmpadas ou outros equipamentos para reduzir o consumo de energia
- 3 - Não pagou pela instalação de energia na entrada de sua residência
- 4 - Nenhum

**2.04 - Preencha o campo abaixo com o número/código da unidade consumidora, indicado na conta de energia elétrica do domicílio**

a) Nº de ordem da pessoa

**1 - MARIA HOSANA DE LIMA**

b) Código da unidade consumidora

**9779860**

**2.05 -Indique abaixo, marcando com X, se algum integrante da família recebe algum benefício ou é atendido por algum programa da Assistência Social.**

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Benefício de Prestação Continuada - BPC deficiente      | <input type="checkbox"/> 13 - ProJovem Campo   |
| <input type="checkbox"/> 2 - Benefício de Prestação Continuada - BPC idoso                      | <input type="checkbox"/> 14 - ProJovem Trabalhador   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Programa de Atenção Integral à Família - PAIF           | <input type="checkbox"/> 15 - Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência                          |
| <input type="checkbox"/> 4 - Crianças de 0 a 6 anos em ações socioeducativas de apoio à família | <input type="checkbox"/> 16 - Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias  |
| <input type="checkbox"/> 5 - Centros e Grupos de convivência para idosos                        | <input type="checkbox"/> 17 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de liberdade assistida                |
| <input type="checkbox"/> 6 - Abrigo para mulheres vítimas de violência                          | <input type="checkbox"/> 18 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade |
| <input type="checkbox"/> 7 - Abrigo para crianças e adolescentes                                | <input type="checkbox"/> 19 - Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias                                |
| <input type="checkbox"/> 8 - Abrigo para pessoas idosas   |  |
| <input type="checkbox"/> 9 - Abrigo/albergue para adultos e famílias                            |  |
| <input type="checkbox"/> 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua          |  |

11 - ProJovem Adolescente

12 - ProJovem Urbano

20 - Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência)

21 - Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência

22 - Projetos de inclusão produtiva

23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI

24 - Nenhum

**2.06 - Indique abaixo se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa do Ministério das Cidade. Lista de Programas.**

Este quesito foi desabilitado.

**2.07 - Sua família pertence a algum Grupo Populacional Tradicional ou Específico?**

**O - Nenhuma**